補装具費（購入・修理）支給申請書

|  |
| --- |
| 申請日　　　　年　　　月　　　日江府町長　様（申 請 者）住　　所氏　　名　　　　　　　　　　　 　　印個人番号（対象者との続柄　　　　　　　　　）電　話下記のとおり補装具費の支給申請（購入・修理）をいたします。補装具費の支給申請（購入・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料、その他について、各関係機関に調査、紹介、閲覧することを承諾します。 |
| 対象者 | 住所 |  |
| フリガナ氏名 |  |
| 生年月日 |  | 性　別 |  | 電　話 |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保護者氏名（対象者が18歳未満の場合） |  | 続柄 |  |
| 身体障害者手帳障害名 | 手帳番号 | 鳥取県第　　　　　　号 | 交付年月日 | 昭和平成 | 年　　　月　　　日 |
| 障害種別 | 　　　　　　　　　機能障害　 | 障害等級 | 　　種　　級 |
| 難　病 | 疾患名 |  |
| 特定疾患医療受給者証で確認・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 購入・修理を受ける種目及び補装具名 | 種目 |  | 補装具名 |  |
| 判定区分判定予定日 | ・市町村判定 |  |
| ・更生相談所判定 | （来所判定 | 年　　　月　　　日） | ・文書判定 |
| 希望する補装具業者 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話 |  | ＦＡＸ |  |
| 該当する所得区分 | 生活保護・（低所得１・低所得２）・一般・一定所得以上 |
| 世帯範囲の特例に関する認定 | * 下記のいづれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又

は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。１．税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。２．健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。 |
| 生活保護への移行予防措置に関する認定 | * 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置）を希望します。
 |